

## Relato de Caso

# Transtornos de déficit de atenção e do comportamento disruptivo: associação com abuso físico na infância

Attention-deficit and disruptive behavior disorders: association with physical abuse in childhood

SHEILA ABRAMOVITCH<sup>1</sup>, MARIA CLAUDIA MAIA<sup>2</sup>, ELIE CHENIAUX<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Ciências Médicas pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

<sup>2</sup> Doutora em Linguística pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

<sup>3</sup> Doutor em Psiquiatria, professor adjunto de Psiquiatria da Uerj.

Recebido: 25/10/2007 – Aceito: 30/01/2008

### Resumo

**Contexto:** Muitos transtornos psiquiátricos, geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância, estão associados a maus-tratos, entre eles o abuso físico, causando significativo impacto no desenvolvimento das crianças acometidas.

**Objetivos:** Avaliar a associação entre um diagnóstico psiquiátrico do grupo dos transtornos de déficit de atenção e do comportamento disruptivo (TDACD) em crianças e a história de abuso físico na infância. **Métodos:** Em um estudo seccional, crianças de 3 a 12 anos, atendidas em um ambulatório de psiquiatria de um hospital universitário, foram avaliadas por meio do MINI KID (*Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents*), tendo sido diagnosticadas de acordo com os critérios do DSM-IV. A avaliação de abuso físico e de outros eventos traumáticos foi realizada por um questionário específico, o LSC-R (*Life Stressor Checklist – Revised*) e inclui diferentes tipos de maus-tratos. **Resultados:** Encontrou-se uma razão de chance mais alta de exposição frequente ao abuso físico ( $p = 0,02$ ) no grupo de crianças diagnosticadas com TDACD. Não se encontrou associação entre transtornos de humor ( $p = 0,67$ ) e de ansiedade ( $p = 0,57$ ) com abuso físico. Evidenciou-se uma relação de temporalidade entre o grupo dos TDACD e abuso físico (66,6%). Após ajuste de possíveis fatores de confundimento, meninos demonstraram índices significativamente mais elevados de abuso físico do que meninas ( $p = 0,001$ ). **Conclusões:** Nossos achados documentaram associação entre um diagnóstico do grupo dos TDACD em crianças e abuso físico na infância.

*Abramovitch S, et al. / Rev Psiq Clín. 2008;35(4):159-64*

**Palavras-chave:** Transtornos mentais da criança, transtorno de déficit da atenção e do comportamento disruptivo, acontecimentos que mudam a vida, maus-tratos infantis, violência doméstica.

### Abstract

**Background:** Many psychiatric disorders diagnosed at the first time in childhood are associated with child abuse, like physical abuse. This disorders cause an important impact on the childhood development. **Objectives:** To investigate the association between children with attention-deficit and disruptive behavior disorders group (ADDBD) and physical abuse in childhood. **Methods:** Cross-sectional study using the MINI KID (Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents) to evaluate children with and without the diagnostic of ADDBD group. Physical abuse was evaluated using the LSC-R (Life Stressor Checklist – Revised) and included others child abuses. **Results:** We found a higher odds ratio for frequent exposure to physical abuse ( $p = 0,02$ ) in the ADDBD group than in the group without this diagnostic. No association between mood ( $p = 0,67$ ) and anxiety ( $p = 0,57$ ) disorders and physical abuse. We found a temporal association (66,6%) between ADDBD group and physical abuse. After adjusting

for potential confounding factors, we found significantly higher odds ratio to the association between boys and physical abuse than did girls ( $p = 0,001$ ). **Discussion:** Our findings document an association between ADDBD group and physical abuse in childhood period.

*Abramovitch S, et al. / Rev Psiq Clín. 2008;35(4):159-64*

**Key-words:** Life change events, mental disorders diagnosed in childhood, attention deficit and disruptive behavior disorders, child abuse, domestic violence.

## Introdução

Há um interesse cada vez maior a respeito do impacto que os maus-tratos causam a crianças, pois muitas delas são atingidas de forma silenciosa e dissimulada. Os maus-tratos cometidos contra crianças incluem a violência intrafamiliar, nas modalidades: abusos físico, sexual e psicológico, e a negligência/abandono<sup>1</sup>. São praticados no interior das famílias, mas “também acontecem em outros ambientes, como em instituições de internamento, na comunidade e no ambiente social em geral”<sup>2</sup>.

Apesar de subestimadas, as taxas de maus-tratos na população pediátrica são elevadas e acometem 12 em cada 1.000 crianças nos Estados Unidos, distribuídas da seguinte forma: abuso físico – 19,3%, abuso sexual – 10,1%, abuso psicológico – 7,7% e negligência – 62,8%<sup>3</sup>. Essas formas de violência atingem ambos os sexos, independentemente do nível socioeconômico, da cultura ou religião<sup>4</sup>. Algumas crianças se organizam e se recuperam em decorrência dos fatores protetores – tais como as características individuais, o temperamento, a resiliência, o apoio dos pais e da rede social –, mas um número significativo desenvolverá transtornos psiquiátricos<sup>5</sup>.

O DSM-IV inclui, nos transtornos psiquiátricos, o grupo dos transtornos de déficit de atenção e do comportamento disruptivo (TDACD), geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância. Esse grupo compreende três categorias: transtornos de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), transtorno de conduta (TC) e transtorno desafiador e de oposição (TOD). É bastante comum a comorbidade entre esses<sup>6,7</sup> ou com outros transtornos mentais<sup>8</sup>. Os meninos ou meninas acometidos apresentam frequentes alterações do comportamento, além de dificuldades escolares e desobediência às regras, ocasionando, muitas vezes, o esgotamento das relações interpessoais. A prevalência desse grupo de transtornos mentais é maior no sexo masculino, tendo uma distribuição variável: de 1,4% a 8-12% para o TDAH; 5,3% para os TC e TOD; 2-9% para o TC e de 1,7-9,9% para o TOD<sup>9-11</sup>.

Encontramos estudos que investigaram a associação entre abusos perpetrados contra crianças e um dos transtornos integrantes do grupo dos TDACD – TDAH, TC ou TOD. Todavia, nenhum estudou a associação com o grupo como um todo. Alguns autores pesquisaram a violência doméstica associada ao TDAH e ao TC<sup>12-14</sup>.

Outros trabalhos discutem a possibilidade de o comportamento das crianças com TDAH incitar uma atitude violenta por parte dos pais e, por outro lado, a possibilidade de o ambiente violento expor as crianças à doença mental, além da tendência a repetir o comportamento violento a elas infligido<sup>15,16</sup>. Em outros estudos, encontramos a relação entre idade ou sexo e problemas comportamentais ou TDAH<sup>17-19</sup>.

Mas a questão que fica em aberto é se os fatores de risco, entre eles os eventos traumáticos, como os maus-tratos cometidos contra crianças, podem vir a desencadear algum transtorno mental do grupo dos TDACD, ou se esses transtornos deixam as crianças vulneráveis aos maus-tratos. Então, faz-se relevante uma investigação nesse sentido, o que nos propomos a fazer com esse estudo, apesar das dificuldades metodológicas nas pesquisas com crianças, como as divergências entre as respostas dadas pelos pais e pelas crianças<sup>20</sup>.

A partir do trabalho clínico, no Ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, observou-se que pacientes diagnosticados no grupo dos TDACD estão expostos ao abuso físico. Nosso objetivo foi avaliar a hipótese de haver associação entre a ocorrência de um transtorno mental do grupo dos TDACD – TDAH, TC ou TOD – e um evento traumático, como abuso físico.

## Metodologia

### 1. Amostra

O estudo foi realizado no ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). A amostra incluiu todas as crianças de 3 a 12 anos de idade, de ambos os sexos, que buscaram atendimento entre os meses de outubro de 2006 e abril de 2007. Trata-se de população referenciada ao ambulatório por intermédio de encaminhamentos externos – posto de saúde ou escola – ou do serviço de pediatria e neurologia do mesmo hospital. São pacientes de primeira vez (primeira consulta) ou que vieram para dar continuidade aos seus tratamentos. A população é de baixa renda, proveniente de várias localidades do estado do Rio de Janeiro, com ênfase nos municípios vizinhos, como a região da Bai-

xada Fluminense. A criança deveria estar acompanhada de um dos pais ou do responsável legal.

Todas as crianças inseridas na faixa etária estipulada e que estavam acompanhadas de seus respectivos responsáveis foram convidadas a participar da pesquisa. Todavia foram excluídos os encaminhamentos de retardo mental. Os responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto de pesquisa (1543-CEP/HUPE) foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Uerj.

## 2. Instrumentos e procedimentos

Os dados sociodemográficos (idade, sexo, etnia, naturalidade, religião, escolaridade da criança e dos pais, domicílio e renda familiar) foram obtidos por questionário. A versão para crianças e adolescentes do *Mini International Neuropsychiatric Interview*, o MINI KID<sup>21</sup>, foi usada para diagnosticar os transtornos psiquiátricos. Essa entrevista permite a formulação do diagnóstico psiquiátrico de acordo com os critérios do DSM-IV e da CID-10. Para fins desse estudo, empregamos o DSM-IV. O MINI KID consta de perguntas rápidas e padronizadas, dirigidas ao responsável, sendo a criança estimulada a respondê-las. Adicionalmente, perguntou-se quando surgiram os sintomas dos quais a criança se queixava.

O LSC-R (*Life Stressor Checklist – Revised*)<sup>22</sup> foi traduzido para a língua portuguesa e adaptado para crianças. Consiste em 24 perguntas sobre eventos que as assustaram, ameaçaram, entristeceram ou estressaram. Verifica-se a idade em que ocorreu o trauma e se, no momento em que este ocorreu, a criança pensou que ela ou alguém próximo poderia morrer ou ficar seriamente ferido e, ainda, se sentiu intenso medo ou horror.

Os seguintes eventos foram definidos para esse estudo, de acordo com o World Health Organization (2002)<sup>16</sup>: abuso físico – alguém conhecido causa ou tenta causar dano por meio de força corporal, arma ou instrumento (tapas, choques, queimaduras ou pancadas); abuso sexual – ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga uma criança à realização de práticas sexuais; incluem-se brincadeiras ou exigências de favores sexuais; abuso psicológico – ação ou omissão que causa ou visa causar dano à auto-estima, identidade ou ao desenvolvimento da pessoa (ofensa, menosprezo ou humilhação); abusos em geral – qualquer forma de abuso; negligência – omissão de responsabilidade de um membro da família em relação a outro, sobretudo por questões de idade ou condição física; e maus-tratos – além dos abusos em geral, incluem negligência/abandono.

As duas entrevistas foram feitas de forma independente por dois pesquisadores, cada um dos quais fazia só um tipo de entrevista. Tais entrevistas eram realizadas de preferência no mesmo dia, com intervalo de, no máximo, duas semanas entre elas.

Por meio de um estudo seccional, dividimos as crianças em dois grupos: crianças com diagnóstico do grupo dos TDACD de acordo com o DSM-IV (considerados como casos); e crianças sem esse diagnóstico (não-casos). Ao mesmo tempo, analisamos a exposição quanto às seguintes variáveis: abuso físico, sexual e psicológico, abusos em geral, negligência e maus-tratos.

## 3. Análise dos dados

Os dados foram analisados com auxílio do programa R versão 2.5.0. Nas análises bivariadas, utilizou-se o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. Nas análises bivariadas, que continham variáveis com alguma associação ( $p < 0,20$ ), aplicou-se o modelo de regressão logística múltipla. Incluiu-se também a variável sexo, em virtude de sua importância do ponto de vista clínico. Para todos os testes aplicados, o nível de significância adotado foi de 5%.

## Resultados

A amostra consistiu de 105 crianças, de 3 a 12 anos. Doze só responderam ao primeiro questionário, não retornando para a segunda entrevista, e outras duas não conseguiram participar, não permanecendo na sala o tempo necessário para a entrevista. A saída de 14 crianças representou uma perda amostral de 13,33%. A amostra final contou com 91 pacientes.

Comparando-se as características sociodemográficas, não houve diferenças significativas entre as crianças com diagnóstico de um TDACD e as que não receberam tal diagnóstico, exceto quanto à distribuição por gênero. Encontramos mais meninos no primeiro grupo, conforme mostra a Tabela 1.

**Tabela 1.** Comparação entre crianças com e sem TDACD quanto às variáveis demográficas

Variáveis		Com TDACD	Sem TDACD
Idade		8,1	8,4
Sexo	Masculino	30 (83,3%)	36 (65,5%)
	Feminino	6 (16,6%)	19 (34,5%)
Escolaridade	Sem	—	2
	Especial	1	13
	Pré-escola	14	13
	Ensino fundamental	21	27
Escolaridade materna*	Analfabeta	0	4
	1º grau incompleto	15	22
	1º grau completo	3	4
	Acima	18	24
Escolaridade paterna*	Analfabeto	0	0
	1º grau incompleto	16	25
	1º grau completo	4	7
	Acima	14	19

\* Valores não somam 100% em decorrência de perdas de informação.

Entre as crianças que receberam um diagnóstico do grupo dos TDACD (36 casos), 18 apresentaram TDAH (12 TDAH, 4 TDAH + TOD e 2 TDAH + TC), 17 TC (13 TC, 2 TC + TDAH e 2 TC + TOD) e 7 TOD (1 TOD, 4 TOD + TDAH e 2 TOD + TC). Crianças com TDACD apresentaram comorbidades com outros transtornos (1 tique motor vocal, 1 distímia, 1 fobia específica, 1 abuso de substâncias e 2 transtorno de ansiedade generalizada).

As crianças (8 casos) com diagnóstico de transtorno de humor apresentaram comorbidades (2 casos) com fobia específica (1 caso) e com transtorno de ansiedade generalizada (1 caso). As crianças (20 casos) diagnosticadas com transtorno de ansiedade apresentaram comorbidades com TDACD (3 casos) e com transtorno de humor (2 casos).

As crianças (12 casos) com diagnóstico de transtorno invasivo do desenvolvimento e de esquizofrenia (3 casos) não apresentaram maus-tratos. As crianças com queixa principal de dificuldade do aprendizado (2 casos) preencheram critérios diagnósticos para TOD (1 caso) e para transtorno de ansiedade (1 caso) e não tinham história de abuso.

Por meio de análises bivariadas (Tabela 2), encontrou-se significância estatística para a associação entre crianças diagnosticadas no grupo dos TDACD e abuso físico (24 casos). Não se encontrou significância estatística entre crianças diagnosticadas no grupo dos TDACD e as outras variáveis, tais como abuso sexual (5 casos), abuso psicológico (15 casos), abusos em geral (28 casos), negligência (3 casos) e maus-tratos (29 casos). Analisando-se separadamente os diagnósticos de TDAH, TC e TOD, não se encontrou significância estatística para as mesmas variáveis.

**Tabela 2.** Grupo dos TDACD comparado às variáveis

Desfecho	Variáveis	OR	IC (95%)	Valor (p)
TDACD	Abuso físico	3,02	1,05-9,02	0,02
	Abuso sexual	1,38	0,31-5,98	0,74
	Abuso psicológico	2,33	0,89-6,24	0,07
	Abusos em geral	1,72	0,62-5,01	0,26
	Negligência	0,57	0,09-2,59	0,52
	Maus-tratos	1,36	0,49-4,01	0,63

Não houve significância estatística para a associação entre transtorno do humor e abuso físico (3 casos), abuso sexual (1 caso), abuso psicológico (1 caso), abusos em geral (3 casos), negligência (2 casos) e maus-tratos (6 casos). Não houve, também, significância estatística para transtorno de ansiedade, quando comparado às variáveis estudadas – abuso físico (11 casos), abuso sexual (3 casos), abuso psicológico (6 casos), abusos em geral (14 casos), negligência (1 caso) e maus-tratos (16 casos) (Tabelas 3 e 4).

Das 24 crianças diagnosticadas no grupo dos TDACD e com exposição ao abuso físico, 20 (66,6%) apresentaram início dos sintomas anterior à exposição. Em 4 (27,7%), o início dos sintomas foi posterior ao trauma.

**Tabela 3.** Transtorno do humor comparado às variáveis

Variáveis	OR	IC (95%)	Valor (p)
Abuso físico	0,37	0,01-3,19	0,67
Abuso sexual	1,04	0,02-9,67	1
Abuso psicológico	0,56	0,05-3,40	0,71
Abusos em geral	0,46	0,08-2,67	0,43
Negligência	2,70	0,23-18,45	0,24
Maus-tratos	1,29	0,21-13,92	1

**Tabela 4.** Transtorno de ansiedade comparado às variáveis

Variáveis	OR	IC (95%)	Valor (p)
Abuso físico	0,64	0,14-2,33	0,57
Abuso sexual	1,38	0,21-6,62	0,70
Abuso psicológico	0,93	0,28-2,91	1
Abusos em geral	0,89	0,28-3,01	1
Negligência	1,38	0,21-6,62	0,70
Maus-tratos	0,98	0,30-3,55	1

Em uma análise bivariada, verificou-se significância estatística para as variáveis abuso físico (26 meninos e 3 meninas) e sexo masculino (OR = 5,43; p = 0,001) e para abusos em geral (50 casos, sendo 38 meninos e 12 meninas) e sexo masculino (OR = 3,08; p = 0,025). Esses dados mostraram que os meninos têm 5,43 vezes mais chances de sofrer abuso físico e 3,08 mais chances de sofrer abusos em geral do que as meninas.

Observamos que o sexo era uma variável importante e aplicamos o modelo de regressão logística para controlar possíveis fatores de confusão. Houve significância estatística para a variável sexo masculino, ou seja, meninos têm 3,80 vezes mais chances de apresentar um diagnóstico do grupo dos TDACD, mesmo quando controladas as variáveis abuso físico, abuso sexual e abuso psicológico (Tabela 5).

**Tabela 5.** Regressão logística múltipla para TDACD

Variáveis	OR	IC (95%)
Abuso físico	2,01	0,72-5,58
Abuso sexual	1,20	0,32-4,54
Abuso psicológico	2,37	0,87-6,47
Sexo (masculino)	3,80	1,01-14,44

## Discussão

Em uma amostra com 91 crianças, pacientes de um ambulatório de psiquiatria, em um hospital universitário no Rio de Janeiro, documentamos a associação entre um diagnóstico do grupo dos TDACD e abuso físico – tapas, chutes, pancadas e queimadura –, cometidos por pais, babá, empregada ou irmão mais velho. Nossos achados sugerem que os pacientes-crianças diagnosticados no grupo dos TDACD apresentam altos níveis de exposição



ao abuso físico – intrafamiliar –, quando comparados com pacientes-crianças com outros diagnósticos. Essa associação não se fez presente ao analisarmos as categorias separadamente – TDAH, TC e TOD –, talvez em função do pequeno tamanho de nossa amostra. Quando aplicamos definições mais amplas, não encontramos uma associação estatisticamente significativa, tendo sido necessário separar o abuso físico – conceito mais estrito – de outras formas de maus-tratos.

Em análises secundárias, achamos uma razão de chances elevadas para o sexo masculino sofrer abuso físico e, também, significância estatística para os meninos desenvolverem mais diagnósticos do grupo dos TDACD do que as meninas. Não encontramos associação entre os transtornos do humor ou de ansiedade e os maus-tratos.

Mas nossos resultados estão de acordo com os de outros autores, que indicam associação entre abuso físico e os TDACD separadamente. Por exemplo, Alizadeh *et al.*<sup>14</sup>, em um estudo de caso-controle, encontraram significativo aumento de punição física em crianças com TDAH e TC. Já Vasconcelos *et al.*<sup>13</sup> encontraram alta incidência de violência doméstica na família de escolares com TDAH. As crianças expostas a “brigas conjugais no passado” dos pais apresentaram risco 11,66 vezes mais alto de terem o diagnóstico de TDAH.

Abidin *et al.*<sup>15</sup> observaram que crianças com TDAH criam mais estresse nas famílias e, por isso, são freqüentes as atitudes violentas contra os filhos. Krug *et al.*<sup>16</sup> reiteram que as crianças maltratadas tendem a repetir o comportamento a elas aplicado.

Nossos resultados também estão de acordo com os de Vitolo<sup>12</sup>, que, em estudo seccional, observaram a atitude de bater com cinto associada a problemas de conduta e de saúde mental, em geral nos escolares, independentemente de outros fatores de risco, tais como sexo masculino, problemas de saúde mental nos pais ou cuidadores e condições socioeconômicas desfavoráveis.

Estudos têm confirmado amplamente a associação entre sexo ou idade e a alta percentagem de problemas comportamentais e de TDAH<sup>17</sup>. Encontramos nos meninos 3,8 vezes mais chances de terem um diagnóstico do grupo dos TDACD. O fato de eles estarem mais expostos a abusos em geral e, principalmente, ao abuso físico talvez explique, em parte, as chances mais elevadas que eles têm de apresentar um diagnóstico do grupo dos TDACD. Nossa pesquisa está de acordo com o estudo de Heiervang *et al.*<sup>19</sup>, que encontrou correlação entre o gênero masculino e maior prevalência de transtornos psiquiátricos, particularmente o TC.

Briscoe-Smith e Hinshaw<sup>18</sup>, ao contrário, encontraram uma associação entre transtorno psiquiátrico e sexo feminino. Eles examinaram a correlação do abuso físico e sexual em meninas de 6 a 12 anos com TDAH (n = 140) e sem TDAH (n = 88). Constataram que o primeiro grupo apresentava mais freqüentemente história de abuso (14,3%) do que o segundo (4,5%). Esses achados abrem importante

questão quanto à possível etiologia ou exacerbação do TDAH por abuso em meninas.

Será que crianças adoecem porque estão em alto risco para desenvolver um grupo específico de doença mental, ou será que, pelo fato de apresentarem diagnóstico do grupo dos TDACD, estão mais expostas a abusos? Conforme nossos achados, crianças que apresentam um diagnóstico do grupo dos TDACD estão mais expostas ao abuso físico – intrafamiliar – do que crianças com outras patologias, mesmo considerando os fatores de risco que concorrem para a doença mental.

Observamos evento traumático associado a transtorno psiquiátrico, já incidindo em tenra idade. Entretanto, os trabalhos sobre a associação abuso físico/TDACD, durante a infância, são escassos e apresentam importantes deficiências metodológicas.

Nossos achados têm algumas limitações. Trata-se de uma amostra clínica de número reduzido e seus resultados não podem ser generalizados. Apesar de excluídos os encaminhamentos de retardo mental, não foi possível realizar o teste de QI, para verificar se as crianças com TDACD e baixo QI são mais vulneráveis ao fator de estudo – abuso físico – e ao desfecho clínico – transtorno disruptivo. Dos 36 casos estudados, todos freqüentavam escola regular e se encontravam em séries compatíveis com suas idades cronológicas (Tabela 1).

Pelo fato de ser comum às crianças apresentarem comorbidades<sup>6-8</sup> e, por isso, estarem mais vulneráveis a sintomas disruptivos, por meio de regressão logística, tentou-se controlar o efeito das comorbidades como fatores de confundimento na relação entre TDACD e abuso físico, como evidenciado na tabela 5.

Embora nossos resultados não permitam o estabelecimento de uma relação de causalidade entre a ocorrência de um episódio de abuso físico e o desenvolvimento de um transtorno mental do grupo dos TDACD, o fato de este anteceder aquele em dois terços dos casos nos faz considerar a possibilidade de um TDAH, TC ou TOD poder atuar como fator de risco para o evento traumático, no caso o abuso físico.

O desenho do estudo não protege contra possíveis vieses de memória. Por serem traumas recentes, há envolvimento emocional da criança e de seus pais. Crianças podem distorcer as lembranças em suas fantasias e os pais tendem a subestimar os sintomas do filho<sup>20</sup>. Além disso, medo e vergonha de ambos podem causar viés de resposta.

Nossos resultados demonstram a importância de se analisar os fatores de risco potenciais intrafamiliares, entre eles o abuso físico, a fim de se sugerir medidas preventivas<sup>23</sup>. Detectar determinantes precoces poderá evitar a evolução para desfechos, como os diagnósticos do grupo dos TDACD. As intervenções precoces, como as medidas educativas aos pais na primeira infância<sup>24</sup>, poderão beneficiar crianças que se encontram vulneráveis em famílias de alto risco, evitando-se conseqüências para o seu desenvolvimento.

## Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência Intra-familiar: Orientações para Práticas em Serviço. Brasília: MS; 2001.
2. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania e saúde. Série A, n. 167. MS; 2002.
3. Goldman J, Salus MK, Wolcott D, Kennedy KY. A coordinates response to child abuse and neglect: the foundation for practice. Child abuse neglect user manual series. Washington; US Department of Health and Human Services; 2003.
4. Dyregrov A, Gupta L, Gjestad R, Siva E. Trauma exposure and psychological reactions to genocide among Rwandan children. *J Trauma Stress*. 2000;13(1):3-21.
5. Caffo E, Foresi B, Lievers LS. The impact, psychological sequelae and management of trauma affecting children and adolescents. *Curr Opin Psychiatry*. 2005;18(4):422-8.
6. Harada Y, Satoh Y, Sakuma A, Imai J, Tamaru T, Takahashi T, et al. Behavioral and developmental disorders among conduct disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2002;56(6):621-5.
7. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 44(10): 972-86, 2005.
8. Jensen OS, Hinshaw SP, Kraemer HC, et al. ADAH comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:147-58.
9. Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. Mental health of children and adolescents in Great Britain. London: The Stationery Office; 2000.
10. Vitiello B, Jensen P. Disruptive behavior disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004, vol. II, p. 2311-9.
11. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2005;366:237-48.
12. Vitolo YL. Parental beliefs and child-rearing attitudes and mental health problems among school children. *Rev Saúde Pública*. 2005;39:716-24.
13. Vasconcelos MM, et al. Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2005;63(1):68-74.
14. Alizadeh H, Applequist KF, Coolidge FL. Parental self-confidence, parental styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse Negl*. 2007;31(5):567-72.
15. Abidin RR, Jenkins CL, McGauchey MC. The relationship of early family variables to children's subsequent behavioral adjustment. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 1992;21(1): 60-9.
16. World Health Organization. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi B, Lozano R. World Report on Violence and Health. Geneva; 2002.
17. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:837-44.
18. Briscoe-Smith AM, Hinshaw SP. Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls behavioral and social correlates. *Child Abuse Negl*. 2006;30(11):1239-55.
19. Heiervang E, Stormark KM, Lundervold AJ, Heimann M, Goodman R, Posserud MB, et al. Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(4):438-47.
20. Shemesh E, Annunziato RA, Scheider BL, Newcorn JH, Warshaw JK, Dugan CA. Parents underestimate distress and depression in children who had a transplant. *Pediatr Transplant*. 2005;9(5):673-9.
21. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(3):106-15.
22. Wolfe J, Kimerling R. Gender issues in the assessment of posttraumatic stress disorder. In: Wilson J, Keane TM, editors. Assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guilford; 1997, p. 192-238.
23. World Health Organization. Butchart A, Harvey AP. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect; 2006.
24. Bordin IAS, Paula CS, Nascimento R, Seixas C. Punição física grave e problemas de saúde mental em população de crianças e adolescentes economicamente desfavorecida. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28(4):290-6.